Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Frauenklinik
der Königl. Charité.
Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Bumm.

Statistik über die Perforation des Kindes vom Jahre 1904 bis 1909.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

vorgelegt von

Elisabeth Goldenberg
aus Winnitza (Russland).

Tag der Promotion: 24. September 1910.

Referent: Geh. Rat Professor Dr. Bumm.

Hermann Blanke's Spezial-Druckerei für Dissertationen
Kl. Rosenthalerstr. 9 BERLIN C. 54 Kl. Rosenthalerstr. 9

Meinem teuren Vater in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/statistikuberdie0000elis

Statistik über die Perforation des Kindes vom Jahre 1904 bis 1909.

Die alte Streitfrage, ob die Perforation des lebenden Kindes auszuführen ist, wurde in letzter Zeit erneut wieder aufgeworfen und bis jetzt noch sind die Geburtshelfer bezüglich dieser Frage uneinig. Besonders im extraperitonealen Kaiserschnitt glaubte man eine Methode zu besitzen, durch die die Perforation des lebenden Kindes wesentlich eingeschränkt oder ganz umgangen werden könnte. So glaubt in allerneuster Zeit Baumann auf Grund seiner Erfahrungen mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt die Vermeidung der Perforation des lebenden Kindes für die Kliniken wenigstens verlangen zu müssen. Dieselbe Forderung stellt u. a. schon lange vor Einführung des extraperitonealen Kaiserschnitts in seinen neuen Modifikationen J. Veit und ganz bekannt ist der Standpunkt Pinard's in dieser Frage.

Veit äussert sich in einem Vortrag im Vereine der Aerzte zu Halle: „Ueber die Vermeidung der Perforation lebender Kinder" wie folgt:

„Seit Beginn meiner Tätigkeit in Leiden (1896) bis jetzt habe ich kein lebendes Kind mehr perforiert, oder von meinen Schülern und Assistenten perforie-

ren lassen. Das Material, auf das sich dieser Erfolg gründet, ist die Beobachtung von etwa 8000 Geburten. Das Gegenstück ist nun die Frage nach dem Erfolg der Ersatzoperationen. Die Zahl der von mir, resp. von meinen Assistenten gemachten Kaiserschnitte ist 20. Die Zahl der Symphysiotomie ist 6. Von diesen 26 Müttern starben zwei und zwar an den Folgen des Kaiserschnittes; die eine dieser operierten starb an dem Platzen der mit Katgut genähten Uteruswunde, die andere aus absoluter Indication von einem meiner Assistenten in Leiden Operierte an Peritonitis, deren Ursache ich schon vor der Operation erfolgter Infektion des Uterus erblicke; ich war damals noch nicht imstande, diese schon zur Zeit der Operation vorhandene Infektion zu erkennen. Von den 26 Kindern starben 2 Kinder, bei deren Müttern ich die Symphyseotomie wegen Physometra machte; beide Kinder, die bei Beginn der Operation normale Herztöne hatten und mit Herzschlag geboren wurden, zeigten völlig negativen Sectionsbefund; ich nehme also an, dass es sich um Folgen der Fäulnisgase auf den kindlichen Organismus handelte. Ich habe also 24 Kinder durch die Befolgung meines Grundsatzes gerettet und habe 2 Mütter verloren, von denen die eine nur durch die Uterusextirpation zu retten gewesen wäre, während die andere an einem unglücklichen Zufall, der vermeidbar ist, zugrunde ging.“ Das ist das Material, womit V e i t zeigen will, dass die Perforation garnicht nötig ist und dass man immer statt der Perforation die anderen Operationen machen kann, wie Kaiserschnitt, Symphyseotomie u. a.

Wenn wir alle von Veit angeführten Fälle in Prozenten ausrechnen, so sehen wir doch, dass die Mortalität der Mütter bei oben erwähnten Operationen ungefähr 7¾% erreicht. Wir können nach der Statistik, welche dieser Arbeit zugrunde liegt, mit Bestimmtheit sagen, dass bei der Perforation ein so hoher Prozentsatz der Mortalität der Mütter nicht vorhanden ist, obwohl Prof. J. Veit sagt, dass diejenige Statistik, die dieses zeigt, kein Beweis dafür ist.

Weiter sagt Prof. J. Veit:

„Ich komme aber damit zu dem Schluss, dass an sich der Kaiserschnitt noch die Symphysiotomie eine Mortalität hat, ebensowenig wie die Perforation, dass aber tatsächlich bei sicher vermeidbaren oder sicher zu umgehenden Zufälligkeiten der Tod dieser Operation folgt, und zwar in etwa gleicher Häufigkeit allen dreien."

Ob dieser Schluss seine Berechtigung hat, ist die Frage. Auch jetzt noch muss der Kaiserschnitt als eine gefährliche Operation angesehen werden, obwohl die Prognose in der letzten Zeit durch bessere antiseptische Verhältnisse viel günstiger ist.

Deswegen schliesse ich mich der Meinung derjenigen Autoren an, die dafür sind, dass man in Fällen, wo der Mutter bereits Gefahr droht, (septische Infektion, drohende Ruptur etc.) sie nicht einer weiteren Gefahr durch den Kaiserschnitt oder Symphyseotomie unterwirft, da diese drohende Gefahr für die Mutter durch die Perforation des Kindes viel eher abgewendet werden kann als durch Pubiotomie und Kaiserschnitt.

Sippel sagt in seiner Arbeit „Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter“, dass: „die Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter in bestimmten Fällen geboten sei.“ Pestalozza erklärte die Perforation eines lebenden Kindes für eine Operation, die man vorläufig noch nicht aus der Reihe der geburtshilflichen Operationen streichen könne. Koblanck erklärt noch ganz neuerdings die Operation direkt für unentbehrlich, weil bei der Perforation die Mortalität der Mütter gleich 0% ist.

Ich möchte hier noch an der Hand des Materials der Berliner Frauenklinik zu beweisen versuchen, dass die Perforation in vielen Fällen nicht nur als wünschenswert erscheint, sondern auch unentbehrlich ist, und dass den Müttern durch dieselbe keinerlei Gefahr erwächst.

In der Berliner Frauenklinik sind vom Jahre 1904—1909 70 Perforationen ausgeführt worden, und zwar in 65 Fällen waren die Kinder schon vor der Perforation tot. Zweimal musste wegen Hydrocephalus perforiert werden und nur dreimal liess sich die Perforation des lebenden Kindes nicht umgehen.

Die Tabelle zeigt uns die wichtigsten Momente, welche die Perforation bedingen.

(Siehe Tabelle Seite 10—15).

Die nachstehende Tabelle zeigt uns, dass unter 70 Fällen der Perforation sich um 34 Primiparae und 36 Multiparae handelte. Was das Becken anbelangt, so war in 40 Fällen dasselbe verengt und in 30 Fällen normal.

Als Indikation zur Perforation bei 65 toten Kindern war 29 mal Fieber während der Geburt, darunter 1 mal mit Tympania Uteri und 1 mal mit Stillstand der Geburt kombiniert. Dann 2 mal enges Becken kombiniert mit Wehenschwäche, 2 mal plattes Becken kombiniert mit doroposteriorer Querlage, 1 mal schiefes Becken, 13 mal enges Becken, 3 mal schwache Wehen, darunter 1 mal mit Kontraktionsring und 1 mal mit Gesichtslage kombiniert. 5 mal Nabelschnurvorfall, 4 mal Placenta praevia, 5 mal Eclampsie, darunter Eclampsie und enges Becken zusammen, 1 mal Steisslage mit Nabelschnurvorfall.

Was die Verletzungen, die während der Perforation entstanden sind, anbetrifft, so sind: 2 Dammrisse II. Grades, 4 mal Dammriss I. Grades, 3 mal Scheidendammriss I. Grades, 2 mal Scheidendammriss II. Grades, 1 mal Clitoris, Scheidenriss, 4 mal Cervix-Scheidenriss, 1 mal Cervix, Dammriss I. Grades, 2 mal Scheidenriss, 7 mal Cervixriss, 1 mal Cervix, Frenulum, Dammriss I. Grades. Demnach sind also 43 Fälle frei von Verletzungen.

Was nun den Verlauf des Wochenbettes anbetrifft, so sind 46 Fälle vollständig normal, in 13 Fällen leichtes Fieber, 1 mal eitrige Pleuritis und Bronchitis, und nur in 10 Fällen schweres Fieber; infolge der Cistitis 2 mal und 7 mal starke Albuminurie.

Keine von 70 Frauen ist an den Folgen der Perforation gestorben.

Es sei hier noch erwähnt, dass in einigen Fällen der Versuch gemacht worden war, die Zange an-

Name	? Para	Becken	Lebt das Kind
Elisabeth Papke, 24 Jahre	multipara	rachitisch-plattes	nein
Berta Lewinski, 39 Jahre	primipara	enges	nein
Marie Kremser, 23 Jahre	primipara	rachitisch-plattes	nein
Johanna Seruneit, 37 Jahre	multipara	enges	nein
Ida Dickmann, 33 Jahre	multipara	normales	nein
Margarete Fischer, 37 Jahre	multipara	enges	nein
Marie Fallenszik, 38 Jahre	multipara	enges	nein
Emma Viol, 34 Jahre	multipara	platt verengtes	nein
Marie Hill, 24 Jahre	multipara	normales	nein
Frieda Gruhnke, 25 Jahre	primipara	normales	nein
Ida Angers, 41 Jahre	primipara	enges	nein
Marta Gutzeit, 25 Jahre	primipara	normales	nein
Antonie Retke, 40 Jahre	multipara	enges	ja
Martha Reinhold, 21 Jahre	primipara	normales	nein
Selma Kaparz, 29 Jahre	primipara	rachitisches	nein
Anna Vucken, 28 Jahre	primipara	rachitisches	nein
Gesine Hatke, 26 Jahre	primipara	enges	nein
Emma Willmann, 37 Jahre	multipara	enges	hydrocephalus
Elfriede Prominzel, 29 Jahre	multipara	enges	nein
Gertrude Kaiser, 28 Jahre	primipara	normales	nein
Wanda Tanse, 36 Jahre	multipara	normales	nein
Anna Haber, 26 Jahre	multipara	normales	nein
Anna Kreuz, 23 Jahre	primipara	enges	nein
Anna Slewinska, 30 Jahre	multipara	schiefes	nein
Viktoria Kuchta, 28 Jahre	primipara	platt-rachit.	nein
Jenny Grossmann, 27 Jahre	multipara	allg. verrenktes	nein
A. Köppen, 37 Jahre	multipara	normales	nein
H. Achtenberg, 28 Jahre	primipara	normales	nein
Marie Wenzel, 36 Jahre	primipara	enges	nein
Marta Riedel, 16 Jahre	primipara	rachitisches	nein
Marie Schirmer, 25 Jahre	multipara	enges	nein
Emma Belger, 24 Jahre	primipara	enges	nein
Emma Schippig, 23 Jahre	multipara	normales	nein

Indikation zur Perforation	Verletzungen	Verlauf des Wochenbettes
Enges rachitisches Becken	keine	normal
Enges Becken, Fieber	Scheiden-Dammriss I. Gr.	nach 4 Tagen Fieber, dann normal
Rachitisches Becken	Clitoris-Scheidenriss	normal
Enges Becken, Fieber	keine	leichtes Fieber, Cystitis
Placenta praevia	keine	normal
Eclampsie	keine	normal
Enges Becken, Fieber	Cervix-Scheidenriss	normal
Platt-verrenkt. Becken. Querlage	keine	normal
Eclampsie	keine	normal
Eclampsie	keine	normal
Enges Becken, Fieber	Scheiden-Dammriss III. Gr.	normal
Nabelschnurvorfall	keine	normal
Enges Becken	Scheidenriss	normal
Nabelschnurvorfall	Dammriss II. Gr.	normal
Nabelschnurvorfall	keine	erste 3 Tage Fieber 38°, dann normal
Rachitisches Becken	Dammriss I. °	normal
Enges Becken, Fieber 39°	keine	normal
ydrocephalus, eng. Becken	keine	normal
Enges Becken	Dammriss I. °	erst Fieber, dann norm.
Septische Infektion	keine	normal
uerlage, maceriert. Foetus Fieber	keine	8 Tage Fieber, dann normal
Placenta praevia	keine	Fieber
Enges Becken, Fieber	keine	normal
Schiefes Becken	Dammriss I. °	normal
Rachit. plattes Becken	Dammriss	normal
llgem. verrenktes Becken Fieber	Cervixriss	5 Tage Fieber Cystitis
Dorso-anteriore Querlage	keine	eitrige-exudat. Pleuritis
teisslage, Nabelschnurvorf.	keine	normal
Enges Becken, Fieber	Cervix-Dammriss	2 Tage Fieber 38,6 dann normal
Rachitisches Becken	Scheidendammriss	3 Tage Fieber 37,8 dann normal
Enges Becken	keine	normal
Enges Becken, Fieber	kleiner Scheidenriss	normal
chwache Wehen, Gesichtsl.	keine	normal

Name	? Para	Becken	Lebt das Kind?
Else Schmidt, 23 Jahre	primipara	enges	nein
Gertr. Strommer, 25 Jahre	multipara	enges	hydrocephalus
B. Berndt, 21 Jahre	primipara	enges	nein
Emma Wernicke, 20 Jahre	primipara	allg. verrenktes	nein
Frau Kietzerow, 25 Jahre	primipara	enges	nein
Emma Alexander, 25 Jahre	primipara	normales	nein
Marta Knack, 28 Jahre	multipara	normales	nein
Emilie Eckardt, 29 Jahre	multipara	enges	nein
Martha Keller, 20 Jahre	primipara	normales	nein
Minna Wepke, 21 Jahre	primipara	normales	nein
Johanna Gemeitet, 36 Jahre	multipara	normales	nein
Agnes Händler, 20 Jahre	primipara	normales	nein
Hedwig Maire, 38 Jahre	multipara	enges	nein
Pauline Müller, 29 Jahre	multipara	enges	nein
Gertrud Gedzin, 22 Jahre	primipara	platt-rachitisches	nein
Marie Zimmermann, 41 Jahre	multipara	normales	nein
E. Remus, 42 Jahre	multipara	normales	nein
Abeline Lorgi, 26 Jahre	multipara	platt-rachitisches	ja
Johanna Stube, 30 Jahre	multipara	plattes	nein
Frau Urban, 40 Jahre	multipara	normales	nein
Frau Herrmann, 20 Jahre	multipara	normales	nein
Margarete Dehne, 28 Jahre	multipara	normales	nein
Amalie Hanne, 38 Jahre	primipara	normales	ja
Klara Trepke, 20 Jahre	multipara	enges	nein
Marie Beyer, 26 Jahre	primipara	normales	nein
Elise Schirow, 28 Jahre	multipara	allg. verrenktes	nein
Frau Meldenhofier, 26 Jahre	primipara	enges	nein
Paula Hanisch, 27 Jahre	primipara	rachitisches	nein
Fr. Ramiger, 28 Jahre	primipara	normales	nein
Fr. Stock, 29 Jahre	primipara	normales	nein

Indikation zur Perforation	Verletzungen	Verlauf des Wochenbettes
Enges Becken, Eclampsie	keine	normal
Enges Becken, hydrocephalus	Cervix, frenulum, Dammriss	normal
Enges Becken, Fieber	Cervix-Scheidenriss	normal
Allg. verrenkt. Becken, Fieber	keine	4 Tage Fieber 38,8 dann normal
Enges Becken, Fieber	Dammriss II	4 Tage Fieber 38, Albuminurie
Infektion	keine	2 Tage Fieber 38, dann normal
Querlage	keine	normal
Wehenschwäche, enges Becken	keine	normal
Infektion	keine	3 Tage normal, dann 39
Nabelschnurvorfall	keine	normal
Placenta praevia	keine	4 Tage 37,9, dann normal
Placenta praevia	keine	7 Tage 38, dann normal
Enges Becken	keine	normal
Enges Becken	Cervixriss	4 Tage 38,1, dann normal
Platt rachit. Becken, Fieber	Scheidendammriss	normal
Infektion, 40 Gr.	keine	2 Tage 38,9, dann normal
Infektion, 38,2	keine	normal
Platt rachit. Becken	keine	normal
Plattes Becken, dorsopost-Querlage	Cervixriss	normal
Eclampsie	Cervixriss	normal
Verschleppte Querlage	Cervixriss	septische Infektion normal
Septische Infektion, 40,3	Cervixriss	immer Fieber
Septische Infektion	Cervix-Scheidenriss	hohes Fieber
Nabelschnurvorfall	keine	normal
Infektion	Cervixriss	Fieber 38,9
Infektion, allg. verrenktes Becken	keine	2 Wochen Fieber 37,9 dann normal
Plattes Becken, Fieber	keine	hohe Temperatur
Enges Becken, Fieber	keine	hohe Temperatur
rachitisches Becken	keine	normal
Infektion, 38,3	Scheidendammriss II. Gr.	5 Tage Fieber, dann normal
Infektion, 40,3	Scheiden-Cervixriss	normal

Name	? Para	Becken	Lebt das Kind?
Fr. Biberstein, 33 Jahre	multipara	normales	nein
Fr. Zimmer, 39 Jahre	multipara	normales	nein
Emma Berlin, 34 Jahre	primipara	normales	nein
Barbara Bimüller, 37 Jahre	multipara	allg. verrenktes	nein
Marta Holz, 23 Jahre	primipara	enges	nein
Caroline Kallinisch, 28 Jahre	primipara	normales	nein

also von **70 Fällen 3 lebende Kinder**.

zulegen, oder die Wendung zu machen, und dass erst, nachdem diese Operationen nicht zum Ziele geführt haben, zu Perforationen geschritten wurde. Ueber die drei Fälle, wo es sich um perforierte lebende Kinder handelt, werde ich im folgenden ausführlich berichten.

Fall I.

A. R., 40 Jahre alt, verheiratet. Multipara.

Verlauf der früheren Geburten: 3 mal spontane Geburten, 3 mal Zangengeburten.

Beckenmass: spinae: 24;
cristae: cristae: 27;
Trochanteris: 33;
conjugata ext: 19;
conjugata diag: 11;
conjugata vera: 9,4

Anzeige zur Hilfe: Missverhältnis zwischen Schädel und Becken, schwache Wehen.

Die innere Untersuchung ergibt, dass der Muttermund etwa Zweimarkstück gross ist, und der Kopf sich im Beckeneingang eingestellt hat, aber noch immer beweglich erscheint. Herztöne deutlich hörbar,

Indikation zur Perforation	Verletzungen	Verlauf des Wochenbettes
Stillstand der Geburt, Fieber 38,6	keine	normal
Sehr schwache Wehen	Scheidenriss	normal
Temperatur 39,3 Tympania Uteri	keine	normal
allg. verrenktes Becken	keine	normal
Sehr schwache Wehen, enges Becken	keine	normal
Primäre Wehenschwäche Contractionsring	keine	normal

links unterhalb des Nabels, 156 kräftig regelmässig.

Da die Temperatur auf 38,2 gestiegen war und übelriechendes Fruchtwasser abgeht und trotz der nunmehr 67 Stunden langen Geburtsdauer der Kopf noch immer etwas beweglich über dem Beckeneingang in vollkommener vorderer Scheitelbeineinstellung steht, wird die Perforation des lebenden Kindes nunmehr beschlossen, da es bei der Grösse und Knochenhärte des Kindes fraglich erscheint, ob durch die Pubiotomie ein lebendes Kind erzielt werden kann, ganz abgesehen davon, dass die Pubiotomie durch die bereits eingetretene Infektion kontraindiziert war.

In Chloroformnarkose wird mit der Smellie'schen Scheere der Schädel durch die kleine Fontanelle perforiert. Nur mit Mühe gelingt es unter Festhalten des Kopfes die überaus harten Schädelknochen soweit auseinander zu drängen, dass ein Spülkatheter eingeführt werden kann. Nach vollständiger Ausspülung des Gehirns wird der Auvart'sche dreiteilige Cranioclast angelegt in der Richtung der Pfeilnath. Die Extraction folgt nach dem Geburtsmechanismus

einer I Schädellage. Es gelingt, den ausserordentlich grossen Schädel ohne Verletzung der Weichteile zu extrahieren. Der Schädelgürtel ist so gross, dass er nur mit allergrösster Mühe durch den Beckeneingang gezogen werden kann. Es musste schliesslich die Entwickelung der Schulter bis zum Sichtbarwerden unter der Symphyse mit dem scharfen Haken erfolgen. Extraction der übrigen Frucht gelang sodann verhältnismässig leicht. Die übelriechende Placenta wurde nach 1½ Stunden durch leichten Créde exprimiert. Es blutet nicht. Wochenbett normal.

Fall II.

A. H., 38 Jahre alt, verheiratet, Primipara.

Beckenmass: spine: 24;
cristae: 26;
Trochanteris: 30;
conjugata ext: 19,5
conjugata diag: 11,3

Verlauf der Schwangerschaft war gut, nur in den letzten Wochen Schwellungen der Beine.

Anzeige zur Hilfe: Septische Infektion, Temperatur 38,6.

Operation: Perforation und Extraction.

Der Muttermund Fünfmarkstückgross. Blase gesprungen. Cervicalkanal erweitert, Kopf über dem Beckeneingang leicht beweglich; Pfeilnath quer verlaufen.

In Chloroformnarkose nach der Desinfektion der Genitalien wird der über dem Becken stehende Kopf manuell fixiert, und mit dem Perforatorium eröffnet. Die Extraction des sehr grossen Kopfes begegnete

einem sehr grossen Widerstande seitens des unvollkommen erweiterten Muttermundes. Der Cranioclast hat keinen Halt; die Knochen der Konvexität und Kopfschwarte reissen ab, nach zahlreichen Verletzungen der Cervix und Vagina gelingt es schliesslich manuell zu extrahieren. — Nach der Geburt erhebliche Blutungen.

Es wird Scheiden-Tamponade gemacht.

Fall III.

A. L., 26 Jahre alt, verheiratet. Multipara.

Verlauf der früheren Geburten: ein totgeborenes Kind.

Beckenmass: spinae: 27;
cristae: 27;
Trochanteris: 31;
conjugata ext: 17;
platt-rachit. Becken.

Anzeige zur Hilfe: Rachitisches Becken, Stillstand des über dem Beckeneingang beweglichen Kopfes.

Operation: Perforation, Extraction. Der Kopf steht links 4¾ Stunden beweglich über dem Beckeneingang; der Muttermund ist handtellergross; die Blase ist gesprungen.

Da bei conjugata diag. von 6,25 cm eine spontane Geburt nicht zu erwarten ist und man sich von der Pubiotomie bei der hochgradigen Verengerung des Beckens ebenfalls nichts versprechen darf, so wird der von aussen her fixierte Kopf perforiert und das Kind nach Gehirnausspülung mit dem Lewret'schen Cranioclast extrahiert. Keine Weichteil-Verletzungen.

Vom Kaiserschnitt wird Abstand genommen, da bereits vor 4½ Stunden die Blase gesprungen ist. Wochenbett normal.

Schwere des Kindes: 2600 (nach Gehirnausspülung), Länge: 50 cm.

Kopfdurchmesser	gerade	10
	schräger	12,5
	senkrechter	8,5
	grosser quer	8,0
	kleiner quer	7,5
Umfang grösster		33.

Bei diesem Fall ist die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass mit dem extraperitonealen Kaiserschnitt ein lebendes Kind hätte erzielt werden können, ohne dass die Mutter dadurch besonders gefährdet worden wäre. Für die beiden anderen Fälle dagegen blieb nach Lage der Dinge wohl nichts anderes übrig, als die Perforation auszuführen, wollte man anders nicht die Mutter beim Versuch, das Kind zu retten, schwer gefährden.

Unter 14 225 Geburten wurde die Perforation mit einer Mortalität von 0% der Mütter in 70 Fällen ausgeführt. Unter diesen 70 Fällen finden sich auch drei, bei denen die Perforation der lebenden Kinder nicht zu umgehen war. Selbst bei weitest gehender Indikationsstellung für die Pubiotomie und den Kaiserschnitt, klassischen wie auch hältnissen vorkommen, dass man ein Kind zugunsten der Mutter opfern muss. Wir können nicht zugeben, dass die Gefahr der Perforation auf gleiche Stufe gestellt wird mit dem Kaiserschnitt und der Pubiotomie,

sobald der Fall nicht mehr aseptisch ist. Das beweist schon der Vergleich der Mortalität bei extraperitonealem Kaiserschnitt, von dem man ja eine wesentliche Einschränkung der Perforation des lebenden Kindes erhoffte. Sie beträgt 7,5% (27 Fäl'e mit 2 Todesfällen) Mortalität, ohne dass wir die Operation auf wirklich septische Fälle ausgedehnt hätten. Es wird uns auch fernerhin bei engen Becken und bereits eingetretener Infektion nichts anderes übrig bleiben, als das Kind zu perforieren.

Da also das Problem, bei bestehender Infektion beide, Mutter und Kind zu retten, selbst für die klinische Geburtshilfe noch nicht gelöst ist, so wird auch die Perforation des lebenden Kindes, mag man dagegen sagen was man will, immer noch ihre Berechtigung behalten.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. B u m m für die Ueberlassung der Arbeit, sowie für die Ueberlassung der Krankengeschichte meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

Sippel: Ueber die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens zur Rettung der Mutter vom geburtshülflichen, gerichtlichen, medizinischen und ethischen Standpunkte.

Meissner: Die Perforation des lebensfrischen und absterbenden Kindes in den Jahren 1892 bis 1906. Arch. f. Gyn. Band 81.

Zabel, W.: Die Perforation des lebenden und des toten Kindes. Zentralblatt für Gyn. Nr. 2.

Veit, I.: Ueber die Vermeidung der Perforation lebender Kinder.

Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.

Lebenslauf.

Verfasserin dieser Arbeit, Elisabeth Goldenberg, mosaischer Konfession, Tochter des Bankdirektors Wladimir Goldenberg, ist am 7. November 1885 in Winnitza (Podolien) geboren. Sie absolvierte den vollständigen Kursus des Mädchengymnasiums zu Kiew im Jahre 1903. Alsdann besuchte sie 8 Semester die Universität Bern, wo sie ihr Physikum gemacht hat. Oktober 1908 bezog sie die Universität zu Berlin, woselbst sie drei Semester bis zu ihrer Promotion studierte.

An der Universität zu Berlin besuchte sie die Kurse, Vorlesungen, Kliniken, Polikliniken folgender Herrn Professoren und Dozenten: Bumm, Bier, Bardeleben, Heubner, Hildebrand, Lesser, Senator, Ziehen.

Allen ihren Lehrern spricht die Verfasserin an dieser Stelle ihren Dank aus.